



CAP Famille A.S.B.L.
CAP Famille V.Z.W.

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

à compléter par une personne responsable accompagnée
d'un membre de l'équipe de l'EDD.

IDENTITÉ DE L'ENFANT:

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

Adresse:.....

COLLER LA VIGNETTE ICI

- NISS DE L'ENFANT :

- NISS DU PARENT OU DE LA PERSONNE QUI A L'ENFANT À SA CHARGE:

.....

IDENTITÉ DES PARENTS:

Nom père-tuteur:

Prénom:

Adresse:

Mail:

Tél. fixe:

GSM:

Nom mère-tuteur :.....

Prénom:

Adresse:

Mail:

Tél. fixe:

GSM:

IDENTITÉ DU MÉDECIN TRAITANT:

Nom:

Prénom:

Adresse:.....

Tél.:



CAP Famille A.S.B.L.
CAP Famille V.Z.W.

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

à compléter par une personne responsable accompagnée
d'un membre de l'équipe de l'EDD.

INFORMATIONS MÉDICALES:

Groupe sanguin:

Poids:..... Taille :

Vaccination tétanos: OUI – NON

Date du dernier rappel:

Allergie(s) / Intolérance(s) alimentaire(s) éventuelle(s):

.....

.....

INFORMATIONS MÉDICALES: (SUITE)

Mon enfant est atteint de:

☐ diabète

☐ affection cardiaque

☐ autre :.....

☐ asthme

☐ affection cutanée

☐ épilepsie

☐ rhumatisme

☐ somnambulisme

☐ handicap moteur

Ce qui nécessite le traitement suivant:

.....

.....

.....

(Dans ce cas, fournir une copie du certificat médical.)

INFORMATIONS MÉDICALES COMPLÉMENTAIRES:

(Remarques éventuelles, opérations subies, maladies antérieures, troubles,...)

.....

.....

.....

Il est important de nous fournir ces renseignements afin que nous puissions agir le plus efficacement possible, en cas d'urgence.

Vous êtes responsable des informations mentionnées sur cette fiche médicale.

L'ensemble des données reste confidentiel.

Nous vous prions de nous tenir informés de toutes modifications éventuelles ou de toutes informations complémentaires à ajouter.

Fait à l'EDD le / /

SIGNATURE DU PARENT OU DE LA
PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT :





CAP Famille A.S.B.L.
CAP Famille V.Z.W.

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

à compléter par une personne responsable accompagnée
d'un membre de l'équipe de l'EDD.

A COMPLÉTER PAR UNE PERSONNE RESPONSABLE ACCOMPAGNÉE D'UN MEMBRE DE L'ÉQUIPE DE L'EDD.

Je soussigné(e).....père – mère – tuteur
de.....

Qu'au cas où l'état de santé de mon enfant réclamerait une décision urgente et/ou à défaut d'être contacté personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation. De plus, aucun médicament ne sera donné sans prescription médicale.

Fait à Cap Famille asbl, Bruxelles : le / /

SIGNATURE DU PARENT OU DE LA
PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT :



SIGNATURE DU RESPONSABLE DE LA PLAINE :